



Cape May County

Clínicas para Vacunas Contra la Gripe (Flu)

2015-16 Formulario de Registración

Drive-Thru Flu Clinic
 Domingo, 4 de octubre 8a-1p
 Kindle Ford Autoplaza
 Otras clínicas:
www.cmchealth.net
 "Like" us on Facebook

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Hombre Mujer
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ (Menor de 18 a)Escriba claro nombre de guardian _____

Origen étnico:
 Hispano o Latino No Hispano o Latino
Raza:
 Blanco Negro o Afroamericano Asiático Otro Hawaiano e Isleño del Pacífico Nativo Americano o Nativo de Alaska

¿Es Ud. un profesional de salud o trabaja en un hogar de ancianos u otra institución? Sí No
 ¿Vive Ud. con, o cuida a personas con alto riesgo de complicaciones a causa de la gripe (flu)? Sí No
 ¿Recibió Ud. la vacuna contra la gripe (flu) el año pasado? Sí No

Seguro Médico:
 Seguro médico privado, especifique el nombre: _____
 Medicaid o NJ FamilyCare (seguro medico del Estado de NJ – especifique el tipo de seguro):
 Amerigroup Horizon NJ Health United Healthcare Healthfirst
 No tengo seguro médico

PREGUNTAS DE EVALUACION:	Sí	No	
¿Tiene Ud. una alergia grave a los huevos o a cualquier otro componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: Ud. debe recibir la vacuna de su médico
¿Ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene Ud. una alergia grave al Timerosal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: Ud. no puede recibir la vacuna en el "drive-through clinic"
¿Está Ud. embarazada o se piensa estar dentro de un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene Ud. un problema de salud crónico que afecta al pulmón (incluyendo asma), corazón (no la hipertensión), riñón, hígado, nervios, sangre, metabólica (diabetes) o está inmunodeprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si la persona vacunada es de 2-4 años de edad, en los últimos 12 meses ¿un doctor le ha dicho que tenía sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: Ud. necesita la vacuna que se inyecta, no el rocío nasal
¿Está tomando medicamentos antivirales o es un niño / adolescente que toma aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usted tiene contacto directo con una persona que necesita cuidado en una ambiente protegido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha sido vacunado con cualquier vacuna en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: especifique:
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna del flu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene Ud. una alergia grave al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: hable con la enfermera
¿Tiene Ud. fiebre hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: espere para recibir la vacuna

He leído la Página de Información (07/08/15) sobre la vacuna contra la gripe (flu) y he tenido la oportunidad para preguntar sobre los riesgos/reacciones graves de la vacuna. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe (flu) y pido y consiento que me la den. Libero por este medio el County of Cape May, Kindle Ford, y la persona que administra la vacuna de cualquier responsabilidad de efectos perjudiciales. Entiendo que esta información se puede incluir en el Registro de Inmunizaciones de NJ/NJIS.

10/4/15 Otro ___/___/___ Firma _____
 (Se requiere la firma del padre si tiene menor de 18 años)

Medical staff use only: Site: <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> NS	Other (specify):	Sanofi Pasteur FluZone	Medimmune FluMist
Vaccinator Signature:	affix sticker here	affix sticker here	affix sticker here